

**Identification du patient
(étiquette)**

Nom :
Prénom :
DDN :

**CHECK-LIST
« SÉCURITÉ DU PATIENT
EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE »**



Site : Sainte Musse George Sand Salle : _____ Gastro-entérologue intervenant(s) : _____
Date de l'endoscopie : _____ Anesthésiste(s) / IADE intervenant(s) : _____
Heure de l'endoscopie (début) : _____ Coordonnateur(s) check-list : _____

Le coordonnateur check-list est celui qui en vérifie les items – le plus souvent, un infirmier en coordination avec le gastro-entérologue et l'anesthésiste responsables de l'intervention

A AVANT L'ENDOSCOPIE (avec ou sans anesthésie)		B APRES L'ENDOSCOPIE	
<p>1 Identité du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient a décliné son nom, sinon, par défaut, autre moyen de vérification de son identité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 	<p>5 Patient à jeun <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>9 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA</p>	
<p>2 Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>6 La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie) a été mise en œuvre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA</p>	<p>10 Les prescriptions pour les suites immédiates de l'endoscopie sont faites de manière conjointe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>3 Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> pour la partie endoscopique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA 	<p>7 Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment la gestion des antiagrégants plaquetaires et/ou des anticoagulants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA</p>	<p>En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>4 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et de mesures adéquates à prendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> allergie du patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non risque de saignement important <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 	<p>8 Antibio prophylaxie effectuée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA</p>		
	<p>9. Patient suspect ou atteint d'EST (en cas de réponse positive, l'endoscopie doit être considérée comme un acte à risque de transmission d'ATNC et il convient de se référer aux procédures en cours dans l'établissement en lien avec l'instruction n°DGS/R1 3/2011/ 449) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>		

La check-list a pour but de vérifier que les différents points critiques ont été pris en compte et que les mesures adéquates ont été prises
La réponse « Oui » à un item valide sa vérification croisée au sein de l'équipe. Si cette vérification, n'a pu être réalisée, la réponse « Non » doit être cochée
L'item « NA » correspond aux situations où le critère n'est pas applicable

Réf. : 846